R E P U B B L I C A I T A L I A N A
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO

Il G.I. dott.ssa [redacted] in data 15.02.2022, nella trattazione del procedimento n. RG[redacted] secondo le modalità di cui all'art. 221 co. IV DL 34/2020, dato atto che l'avv. [redacted] per parte attrice, nonché l'Avv. Santo Spagnolo per la compagnia convenuta, hanno depositato note di trattazione scritta per l'udienza cartolare - fissata per la decisione con le forme *ex* art. 281 *sexies* c.p.c., ivi precisando le proprie conclusioni mediante richiamo di tutti gli scritti difensivi - pronuncia la seguente

SENTENZA

tra

[redacted] elettivamente domiciliata in indirizzo telematico, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] Ventimiglia, per procura in atti;

Attrice

e

[redacted] elettivamente domiciliata in indirizzo telematico, rappresentata e difesa dall'avv. Santo Spagnolo, per procura in atti;

Convenuta

avente ad oggetto: contratti assicurativi

In fatto ed in diritto

Sentenza redatta ai sensi dell'art. 132 n. 4) c.p.c. e art. 118 disp. att. c.p.c.

Con atto di citazione notificato il 9.3.2019, ha trascinato in giudizio la compagnia [redacted] per

vedersi accolta la domanda di accertamento del diritto ad ottenere, quale beneficiaria della polizza n. [redacted] (Assicurazione sulla vita) sottoscritta dal marito, [redacted], deceduto in data [redacted] (così indicata alla stregua del certificato di morte allegato, essendo, la data riportata nella citazione introduttiva, frutto di mero refuso) la relativa liquidazione del premio, con interessi ed accessori dalla data del sinistro sino al soddisfo.

A fondamento della pretesa, in particolare, ha dedotto la natura ingiustificata ed illegittima del rifiuto opposto dalla compagnia assicuratrice richiesta della liquidazione – rifiuto fondato sulla preesistenza di malattia - stante la carenza di prova della preesistenza - alla sottoscrizione della polizza (**19.06.2015**) - della malattia dell'assicurato o, comunque, che lo stesso ne fosse a conoscenza e, in ogni caso, stante la mancata sottoposizione a visita medica del contraente con conseguente "*accettazione dei relativi rischi*".

Il procedimento si è svolto nella resistenza della convenuta la quale - eccepita l'improcedibilità della domanda per il mancato preventivo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione di cui all'art. 5 comma 1 bis del D. lgs. 28/10 inserito dall'art. 84 comma 1, lettera C) del DL 69/13 - ha contrastato la pretesa attorea invocando l'applicazione degli artt. 1892 e 1893 c.c., all'uopo rilevando la presenza, all'atto della sottoscrizione del contratto, di dichiarazioni consapevolmente "*inveritiere o, quanto meno, gravemente inesatte e reticenti che non hanno consentito alla Compagnia di valutare adeguatamente il rischio assunto*".

La causa, concessi i termini *ex* art. 183 co. VI c.p.c., disposto il passaggio alla fase decisoria – con concessione del termine per note difensive conclusive - sulle conclusioni come precisate nelle note di trattazione scritta, viene decisa secondo lo schema di cui all'art. 281 *sexies* c.p.c.,

adattato alle esigenze ed alla *ratio* di cui alla normativa *ex* DL 34/2020 (art. 221 co. IV).

****

Circostanze pacifiche – perché allegate da ambo i contendenti oltreché emergenti dal compendio documentale in atti – sono quelle inerenti: a) la designazione della odierna attrice quale coniuge beneficiaria della polizza n. [redacted] sottoscritta da [redacted]; b) il decesso dell'assicurato entro il termine di efficacia della polizza (cfr. docc. n. 2, n. 3, n. 4, n. 5 fascicolo attoreo).

Il *thema disputandum* a cui circoscrivere l'indagine – superata la contestazione relativa alla improcedibilità della domanda, stante l'avvio della mediazione obbligatoria (cfr. verbale 29.11.2019 proc. n. 178/2019 del 23.09.2019 in allegato alla nota di deposito telematico del 9.9.2020) – è, dunque, quello della operatività o meno del fatto estintivo/impeditivo della pretesa, fondata sul contratto di assicurazione, eccepito dalla compagnia convenuta, vale a dire la configurabilità delle circostanze di cui agli artt. 1892 e 1893 c.c.

Al riguardo, vale osservare che sebbene le dichiarazioni inesatte e reticenti siano configurate come causa di annullamento del contratto - se rese dall'assicurato con dolo o colpa grave (art. 1892 c.c.) – ovvero come fondamento della ipotesi di recesso legale – se rese in difetto di dolo o colpa grave (art. 1893 c.c.) – le stesse, nondimeno, ben possono operare nella struttura del sinallagma contrattuale in termini di eccezione tesa a paralizzare l'accoglimento della domanda di adempimento contrattuale spiegata dal contraente o dal beneficiario di polizza (cfr. Cass. Civ., sez. III 13.07.10 n. 16406; in senso conforme Cass. sez. III 13.3.2007 n. 5849).

In tali casi, è onere dell'assicurato fornire la prova che l'assicuratore, pure in presenza di dichiarazioni inesatte o reticenti, fosse comunque a

conoscenza delle circostanze relative alla dichiarazione inesatta o alla reticenza (cfr. Cass. Civ., sez. III 19.12.2000 n. 15939).

Venendo, *funditus*, alla fattispecie sottoposta al vaglio del Tribunale, alla stregua del compendio assertivo e documentale acquisito nel contraddittorio delle parti, può inferirsi, anzitutto, la piena consapevolezza, in capo all'assicurato, già al tempo della sottoscrizione della proposta di polizza (**19.6.2015**), delle circostanze relative al proprio stato di salute fatte oggetto, tuttavia, di dichiarazioni non veridiche.

Al punto n. 5) della proposta sottoscritta infatti, sono enumerate – con finalità esplicativa/informativa per il contraente che si accinge a sottoscrivere la proposta alle condizioni contrattuali in vista del perfezionamento del contratto di assicurazione – le patologie quali tumore, ipertensione, malattie delle coronarie e, soprattutto, per i fini che qui rilevano, epatite, cirrosi epatica oltre alle ulteriori meglio elencate nel contesto della nota esplicativa (cfr. doc. n. 4 fasc. convenuta) .

Al punto n. 7), inoltre, sempre al fine di rendere edotto il contraente che si accinge alla compilazione della parte inerente le proprie condizioni di salute, sono specificati gli interventi chirirgici che non rientrano nel questionario con cui si chiede se vi è stato ricovero "*per malattie o interventi chirurgici (esclusi quelli che non è necessario dichiarare elencati sul retro) o se è previsto un prossimo ricovero*"(cfr. doc. n. 4 fasc. convenuta).

Sicché, a fronte delle dichiarazioni rese nel contesto della polizza – ove il [redacted] ha dichiarato: **a)** di non aver sofferto di alcuna delle patologie gravi (quelle meglio riportate al punto n. 5 tra cui, come detto, epatite, cirrosi epatica); **b)** di non essere stato ricoverato per ragioni diverse da quelle meglio enumerate al citato punto n. 7) – dalla documentazione medica-clinica prodotta dalla convenuta compagnia, emerge, invece, che il Barresi

era sin dal 2011 seguito dall'unità di epatologia in quanto affetto da epatopatia alcolica (cfr. docc. n. 5 n. 6 fascicolo resistente).

Dalla medesima documentazione emerge, peraltro, la qualità di soggetto fumatore (riportata nella relazione a firma del medico dott.ssa Magazzù) contrariamente a quanto dichiarato nel modulo contrattuale e la patologia di ipertensione arteriosa.

Tali circostanze documentali, contrariamente all'assunto di parte attrice, consentono di ritenere che le dichiarazioni rese nel contesto della proposta di polizza – contrastanti con le reali condizioni di salute - fossero sorrette da un atteggiamento psichico declinabile come stato soggettivo sorretto, quantomeno, da colpa grave.

[redacted], infatti, è stato in cura per patologie afflittive del fegato (epatopatia alcolica) e si è trovato in diverse occasioni a dovere effettuare indagini diagnostiche di controllo (l'ultima delle quali, peraltro, in limine con l'*exitus*).

Né, d'altra parte, al di là del fatto che la sottoposizione a controlli continui per patologia cronica (epatopatia alcolica) - testimoniata dalla documentazione medica prodotta dalla convenuta (cfr. doc. n. 5 fasc. convenuta) - rende inconferente il richiamo alla "*condizione culturale ed ambientale del defunto* [redacted]" onde giustificare la reticenza - avendo, tra le altre, prestato il consenso ai trattamenti terapeutici e diagnostici per i quali risulta seguito sin dal 2011 - in ogni caso, non osta a tali considerazioni la circostanza con cui la difesa attorea si duole del fatto che la convenuta compagnia non abbia "*sottoposto a visita medica il contraente*".

La tipologia di polizza sottoscritta (assicurazione sulla vita [redacted]) si basa sulla raccolta dei dati rilevanti ai fini della valutazione del rischio tramite sottoposizione di questionario anamnestico specifico e puntuale, in

linea col principio dell'autoresponsabilità e buona fede anche in fase precontrattuale.

Ciò si evince, in particolare, dalla clausola relativa alla previsione di avvenuta compilazione del questionario (inerente la tipologia "*prodotto con copertura caso morte e garanzie malattie gravi*") e dalla previsione della facoltà, per il contraente, anche nei casi non previsti, di richiedere la sottoposizione a visita medica a cura di medico fiduciario designato dalla società con costi a suo carico (cfr. docc. n. 3, n. 4, n. 6 fasc. convenuta).

Pertanto, alla carenza di allegazione e prova in ordine alla circostanza suddetta – ovvero che il [redacted]abbia formulato una richiesta in tal senso – consegue, la infondatezza della contestazione.

Una volta integrato il presupposto operativo dell'eccezione di inadempimento (*sub specie* di dichiarazioni reticenti dell'assicurato rese con lo stato psicologico minimo richiesto *ex* art. 1892 c.c.) si osserva che non emerge in atti prova della circostanza – al cui onere, come detto, era tenuta l'attrice – relativa alla conoscenza, in capo alla convenuta compagnia, anteriore alla conclusione del contratto, delle patologie rilevanti ai sensi del punto n. 5 delle "*dichiarazioni dell'assicurando*" - riportate in calce alla proposta sottoscritta il 19.6.2015 (cfr. doc. n. 3 fascicolo attoreo corrispondente al doc. – meglio intellegibile - n. 4 fascicolo convenuta).

Milita, verso tale direzione, la valutazione – *ex* artt. 115 e 116 c.p.c. - del complessivo comportamento processuale: non risulta, infatti, svolgimento di attività di integrazione e precisazione assertiva-probatoria successiva al deposito della comparsa di risposta della compagnia – ove la stessa ha esposto, analiticamente, i fatti costitutivi a sostegno della propria eccezione impeditiva dell'accoglimento della domanda attorea – atteso che parte attrice non ha depositato le prime memorie *ex* art. 183 co. VI c.p.c.

Al contrario, anche ponendo mente alle difese spiegate – in difetto di articolazione di istanze istruttorie (prove costituende oltre a prove documentali) tese a dimostrare la consapevolezza, anteriore alla conclusione del contratto, in capo alla compagnia, anche per il tramite di proprio rappresentante, delle preesistenti malattie del contraente – nella seconda memoria istruttoria, non si perviene a diverso esito, limitandosi, parte attrice, alla allegazione relativa alla causa del decesso (per un infarto e non per patologia pregressa).

Trattasi di corcostanza – come pure evidenziato dalla difesa della convenuta – inidonea ad incidere sulla valutazione del rischio assicurativo operata nel contesto di circostanze reticenti ed inesatte, giacché, per sua struttura causale, il contratto di assicurazione sulla vita è di natura aleatoria, con conseguente rilevanza dei dati che per l'assicuratore possono incidere ai sensi dell'art. 1882 c.c.

È, infatti, verosimile ritenere che in difetto di dichiarazioni inesatte relative allo stato di salute, la compagnia avrebbe potuto diversamente graduare l'ammontare del premio di polizza (indicato, alla stregua delle inesatte circostanze, in misura pari a euro [redacted]: cfr. doc. n. 7 fasc. convenuta).

Ne segue, alla stregua delle superiori considerazioni, il rigetto della domanda stante l'inoperatività della polizza *ex* art. 1892 c.c.

Nemmeno può trovare ingresso la domanda proposta in via gradata con cui si chiede la restituzione, in favore della attrice, dei premi versati nel caso di declaratoria di invalità del contratto (punto n. 3) conclusioni atto di citazione).

Al di là del rilievo inerente la validità ed efficacia del contratto di assicurazione - non caducato con la declaratoria di annullamento - in ogni caso, osta all'accoglimento della pretesa – pure a tacere della contestazione

relativa al difetto di prova della qualità di erede – il disposto di cui all'art. 1892 co. III c.c.

L'esito della lite conduce a regolare le spese *ex* art. 91 c.p.c., con liquidazione secondo i parametri medi *ex* DM 37/2018 – stante il pregio delle argomentazioni difensive rinvenibile negli scritti difensivi - valutati in relazione al valore in atti indicato e non contestato specificamente, avuto riguardo alla natura documentale della istruttoria svolta. Costituiscono, altresì, spese processuali refondibili a carico della attrice per il principio di causalità, quelle pari al valore del doppio del contributo versato dalla convenuta – la quale ha dato prova di versamento – in misura pari ad euro [redacted](cfr. doc. allegato alla prima memoria *ex* art. 183 co. VI c.p.c. parte attrice.

P.Q.M.

Il Tribunale di Barcellona Pozzo Di Gotto, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nella causa iscritta al n. R.G. [redacted] così provvede:

RESPINGE le domande spiegate da [redacted] nei riguardi della convenuta compagnia per le causali spiegate in motivazione;

CONDANNA l'attrice alla refusione delle spese di lite che si liquidano in complessivi euro [redacted] (di cui: € [redacted] per fase studio; € [redacted] per fase introduttiva; € [redacted] per fase decisoria) oltre rimborso generale al 15%, IVA, CPA come per legge oltre al rimborso delle spese pari all'importo di euro [redacted] come in parte motiva esplicitato;

Barcellona Pozzo di Gotto, 15.02.2022

Il Giudice

[redacted]